

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-296

DATE

08/27/2004

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE LIC 200 SP (8/04) Application For A Community Care Facility Or Residential Care Facility For The Elderley License

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 8/04	REPLACES 8/03	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> Other:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse Use new form effective immediately.

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

8-1/2" x 11" two page form.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

SOLICITUD DE UNA LICENCIA PARA UN ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD O ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA

(Vea las instrucciones en la siguiente página.)

SOLAMENTE PARA EL USO DEL DEPARTAMENTO

ENVIE SU RESPUESTA A:

DISTRICT: COUNTY: DATE: REVIEWED BY: FACILITY NUMBER: ACTION TYPE: FACILITY TYPE:

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE(S) (POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA.) 2. ACCION QUE SE SOLICITA (MARQUE UNA): A. SOLICITUD INICIAL B. CAMBIO DE CUPO C. CAMBIO DE LOCALIDAD D. CAMBIO DEL TIPO DE ESTABLECIMIENTO E. CAMBIO DE SITUACION AMB. F. CAMBIO DENTRO DE LA CORPORACION G. OTRA (Especifique)

3. DIRECCION DONDE EL SOLICITANTE RECIBE CORREO CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL (AREA) NUMERO DE TELEFONO 4. SOLICITUD PRESENTADA POR: A. PERSONA B. SOCIEDAD C. CORPORACION CON FINES NO LUCRATIVOS G. COMPAÑIA CON RESPONSABILIDAD CIVIL LIMITADA D. CORPORACION CON FINES LUCRATIVOS E. CONDADO F. CORPORACION CON FINES NO LUCRATIVOS OTRA OFICINA PUBLICA

5. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO U OFICINA/AGENCIA 6. DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO CIUDAD CONDADO CODIGO POSTAL (AREA) NUMERO DE TELEFONO 7. DIRECCION DONDE EL ESTABLECIMIENTO RECIBE CORREO CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL 8. ADMINISTRADOR O PERSONA ENCARGADA DEL ESTABLECIMIENTO TITULO 9. TIPO DE OFICINA/AGENCIA O ESTABLECIMIENTO 10. CUPO TOTAL QUE SE SOLICITA 10A. NUMERO DE CAMAS PARA PERSONAS QUE NO PUEDEN CAMINAR (SI HAY ALGUNA) NUMERO DE CAMAS PARA PERSONAS QUE DEPENDEN DE OTROS PARA MOVERSE Y/O PERSONAS QUE SOLO ESTAN EN CAMA (SI HAY ALGUNA) 11. SOLAMENTE PARA ESTABLECIMIENTOS DE NIÑOS NUMERO DE: BEBES (DESDE RECEN NACIDOS HASTA 2 AÑOS) NIÑOS (DE 3 A 17 AÑOS)

12. DIAS Y HORAS DE OPERACION 13. INFORMACION ACERCA DE LA PROPIEDAD. USTED: ES EL DUEÑO LA RENTA OTRO (ESPECIFIQUE) 13A. NOMBRE, DIRECCION Y NUMERO DE TELEFONO DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD, SI ES QUE LA RENTA O TIENE UN CONTRATO DE ARRENDAMIENTO POR UN TIEMPO ESPECIFICO

14. ¿TUVO ANTERIORMENTE UNA LICENCIA EL ESTABLECIMIENTO? SI NO SI LA RESPUESTA ES "SI", ANOTE EL NOMBRE Y EL NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO NOMBRE DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO 15. ¿ES NECESARIO QUE SE LLEVE A CABO UNA EXTENSA CONSTRUCCION? SI NO FECHA EN QUE EMPEZARA LA CONSTRUCCION: FECHA EN QUE TERMINARA LA CONSTRUCCION: 16. FUENTE DE DONDE PROVIENE EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO PUBLICA PRIVADA 17. ANOTE LA INFORMACION QUE SE PIDE A CONTINUACION PARA CUALQUIER ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD O ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE EL SOLICITANTE(S) OPERE O DEL CUAL SEA DUEÑO ACTUALMENTE, O QUE HAYA OPERADO O DEL CUAL HAYA SIDO DUEÑO ANTERIORMENTE. VEA LAS INSTRUCCIONES. NOMBRE Y NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO NOMBRE DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO A. B.

18. RESPONSABILIDADES DEL SOLICITANTE(S)/PERSONA(S) CON LICENCIA: A. ADEMÁS DE CUMPLIR CON LOS CODIGOS DE SALUD Y SEGURIDAD Y LOS REGLAMENTOS QUE APLICAN AL LICENCIAMIENTO Y A LA SEGURIDAD EN CASO DE INCENDIO, YO (O NOSOTROS) ENTIENDO QUE ES POSIBLE QUE EXISTAN OTRAS LEYES ESTATALES, FEDERALES Y/O LOCALES QUE NO LAS HACE CUMPLIR ESTA OFICINA/AGENCIA, PERO QUE SE TENGAN QUE CUMPLIR, TALES COMO: REQUISITOS RELACIONADOS A LA ZONIFICACION, CONSTRUCCION, HIGIENE PUBLICA Y LABOR. B. YO (O NOSOTROS) HE LEIDO Y ENTIENDO LOS ESTATUTOS Y LOS REGLAMENTOS QUE APLICAN A LA CATEGORIA DE MI LICENCIA, ANTES DE QUE SE EMITA O SE RENEVE MI LICENCIA. C. YO (O NOSOTROS) ME ASEGURARE DE QUE TODAS LAS PERSONAS SUJETAS A LOS REQUISITOS DE LAS HUELLAS DACTILARES TENGAN UNA APROBACION O EXENCION EN RELACION A LOS ANTECEDENTES PENALES EMITIDA POR EL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA, ANTES DE EMPLEARLAS O ANTES DE SU PRESENCIA INICIAL O RESIDENCIA EN EL ESTABLECIMIENTO, COMO SE REQUIERE. D. SI YO (O NOSOTROS) OPERO UN ESTABLECIMIENTO QUE PROPORCIONA CUIDADO Y SUPERVISION PARA NIÑOS, ME ASEGURARE DE QUE SE ENTREGUE AL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA, COMO SE REQUIERE, UN FORMULARIO PARA LA REVISION DE LA LISTA CENTRAL DE PERSONAS CON ANTECEDENTES DE ABUSO DE NIÑOS PARA CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE ESTEN SUJETAS A LOS REQUISITOS DE LAS HUELLAS DACTILARES. E. YO (O NOSOTROS) LE NOTIFICARE INMEDIATAMENTE A LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO SI ALGUNA PERSONA SUJETA A LOS REQUISITOS DE LAS HUELLAS DACTILARES, DESPUES DE HABERLA EMPLEADO, ES DECLARADA CULPABLE DE HABER COMETIDO UN DELITO. F. YO (O NOSOTROS) OBTENDRE LA APROBACION DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO ANTES DE HACER ALGUN CAMBIO QUE AFECTE LOS TERMINOS DE LA LICENCIA. 19. YO (O NOSOTROS) ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE APELAR CUALQUIER DECISION CON RESPECTO A LA DISPOSICION DE ESTA SOLICITUD. 20. YO (O NOSOTROS) DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD Y EN LOS ANEXOS SON CORRECTAS, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER. 21. YO (O NOSOTROS) ESTOY AUTORIZADO PARA FIRMAR ESTA SOLICITUD A NOMBRE DEL SOLICITANTE MENCIONADO ANTERIORMENTE.

FIRMADO TITULO CONDADO EN DONDE SE FIRMO FECHA FIRMADO TITULO CONDADO EN DONDE SE FIRMO FECHA

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE UNA LICENCIA PARA UN ESTABLECIMIENTO

Escriba a máquina o escriba claramente con letra de imprenta. Prepare la solicitud por duplicado. Devuelva el original y mantenga una copia para sus expedientes. Adjunte a este formulario de solicitud una copia de todos los formularios y documentos que se hayan pedido, incluyendo los que aparecen subrayados a continuación.

1. Solicitante(s): Anote el nombre de la persona(s) u organización legalmente responsable del establecimiento. Anote los nombres completos. Para una persona individual, anote el nombre, el nombre que usa en medio y el apellido. Si la solicitud se hace junto con otras personas, todos los solicitantes tienen que firmar esta solicitud. Todas las personas individuales, cada socio general, y el oficial ejecutivo principal (*chief executive officer*) o representante autorizado de una empresa, asociación, corporación, condado, ciudad, oficina pública o entidad gubernamental tienen que completar el formulario llamado "Información sobre el solicitante" (LIC 215). Las corporaciones y otras organizaciones también tienen que completar el formulario llamado "Organización administrativa" (LIC 309).
2. Acción que se solicita: Marque la casilla apropiada.
3. Dirección donde el solicitante recibe correo: Anote la dirección oficial del hogar donde recibe correo la persona(s) o la oficina central de la corporación. El socio mayoritario anota la dirección principal donde recibe correo el negocio. Otro socio(s) anota la dirección principal que usa para el negocio en el formulario llamado "Información sobre el solicitante" (LIC 215). Anote el número de teléfono, incluyendo el código del área.
4. Solicitud presentada por: Marque la casilla apropiada.
5. Nombre del establecimiento u oficina/agencia: Anote el nombre que se usa para designar el único establecimiento bajo consideración en esta solicitud. Si es una oficina o agencia, anote el nombre de la oficina o agencia que proporciona los servicios.
6. Dirección del establecimiento: Anote la dirección donde el establecimiento se encuentra físicamente. Si el solicitante tiene más de un establecimiento, se tiene que completar una solicitud separada para cada establecimiento. Anote el número de teléfono, incluyendo el código del área.
7. Dirección donde el establecimiento recibe correo: Anote la dirección a la cual el Departamento/oficina de licenciamiento debe enviar todo el correo para el establecimiento.
8. Administrador o persona encargada del establecimiento: Anote el nombre y el título de la persona que directamente supervisará el establecimiento. Si todavía no se ha contratado a alguien, anote "desconocido".
9. Tipo de oficina/agencia o establecimiento: Marque la casilla apropiada para el tipo de establecimiento de acuerdo a la definición que se encuentra en el Título 22 del Código de Ordenamientos de California. Si no lo sabe, en la casilla identificada como "otro", anote el nombre que comúnmente se usa para identificar dicho tipo de establecimiento.
10. Cupo total que se solicita: Anote el número total de personas para quienes se va a proporcionar cuidado en un período de 24 horas.
- 10A. Si es pertinente, anote el número de camas disponibles para clientes que no pueden caminar, que dependen de otros para moverse, o que sólo están en cama.
11. Solamente para establecimientos de niños: Los solicitantes para establecimientos residenciales para el cuidado de niños anotan el número de bebés y el número de niños a los que van a ofrecer sus servicios.
12. Días y horas de operación: Anote los días y las horas que el establecimiento estará en operación.
13. Información acerca de la propiedad: Marque la casilla apropiada.
- 13A. Control de la propiedad: Si el solicitante tiene un contrato de arrendamiento por un tiempo específico o está rentando, anote el nombre, dirección y número de teléfono del dueño de la propiedad donde se encuentra el establecimiento.
14. ¿Tuvo anteriormente una licencia el establecimiento?: Marque "SI" o "NO". Si marca "SI", anote el nombre y el número del establecimiento y el nombre de la oficina que expidió la licencia(s).
15. ¿Es necesario que se lleve a cabo una extensa construcción?: Marque si el establecimiento se tiene que construir o si necesita mejoras estructurales que son mayores. Si la respuesta es "SI", anote la fecha en que se va a empezar la construcción y la fecha en que se va a completar.
16. Fuente de donde proviene el agua para el consumo humano: Marque la fuente de donde proviene, *PUBLICA* o *PRIVADA*.
17. Otros establecimientos: La Sección 1520(d) del Código de Salud y Seguridad requiere que el solicitante dé a conocer si actualmente es, o en el pasado ha sido, un administrador, socio general, oficial o director de una corporación, o dueño del 10 por ciento o más de un establecimiento para el cuidado en la comunidad, guardería infantil, establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada, o establecimientos de salud (adjunte una hoja de papel con los establecimientos adicionales).
- 18., 19., y 20. Declaración del solicitante(s), o la persona(s) con licencia, en relación a las responsabilidades de cumplimiento de todas las leyes y ordenamientos que aplican.
21. FIRMAS DE TODOS LOS SOLICITANTES O PERSONAS AUTORIZADAS (ES DECIR, SOCIOS GENERALES DE UNA SOCIEDAD Y OFICIAL EJECUTIVO PRINCIPAL O REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA TODAS LAS CORPORACIONES, OFICINAS PUBLICAS, ETC.).